

О.Г. Юшковская, д.м.н., профессор, заведующая кафедрой физической реабилитации и спортивной медицины
Одесского государственного медицинского университета

К вопросу о консервативном лечении травм и заболеваний опорно-двигательного аппарата у спортсменов

Травмы и травматические заболевания опорно-двигательного аппарата (ОДА) у спортсменов составляют около 45% всей патологии, возникающей у данного контингента под влиянием систематически выполняемых физических нагрузок.

Многолетнее изучение локализации травм у спортсменов способствует выявлению наиболее часто поражаемых звеньев ОДА. Как уже неоднократно констатировалось рядом авторов, наиболее уязвимым звеном в настоящее время остается коленный сустав, на долю которого приходится около 50% всей патологии органов движения. Далее следует голеностопный сустав, травмы и заболевания которого отмечены у 10% спортсменов. Около 10% патологии приходится на поясничный и грудной отделы позвоночника. Вместе с тем следует отметить большой удельный вес патологии голени и стопы, составившей около 6%. Примерно 5% патологии приходится на область бедра, плечевого сустава и кисти, 3,5% — на область локтевого сустава. Следует, вероятно, еще раз подчеркнуть, что эти цифры дают лишь общее представление о локализации патологии ОДА у спортсменов, так как очевидно, что локализация травм имеет характерные особенности для каждого вида спорта. При этом необходимо отметить, что 40% всей патологии ОДА спортсмена приходится именно на суставные травмы. На переломы всех локализаций приходится 7,1%, и около 6,3% составляют повреждения мышц и сухожилий; ушибы (6,2%) чаще наблюдаются в циклических и игровых видах спорта [1, 2].

К хроническим заболеваниям опорно-двигательного аппарата, наиболее часто встречающихся у спортсменов, относятся болезни суставов (деформирующие артрозы, хондромалиции, болезни жировых тел и хроническая микротравматизация связок, остеохондропатия, менископатии, хронический синовит, бурситы), которые составляют 13,8% всей патологии. Реже встречаются заболевания мышц, сухожилий и надкостницы, а также патология позвоночника, включающая остеохондрозы, спондилезы и спондилоартрозы, и различные варианты аномалий.

Следует отметить, что хронические заболевания ОДА спортсмена, так же как и острые травмы, имеют свою специфику, обусловленную характером его спортивной деятельности, особенностями тренировочного режима, периодом подготовки, квалификацией, возрастом, морфологическими, антропометрическими, анатомо-функциональными особенностями. Кроме того, сюда же можно отнести сроки начала специализации в данном виде спорта и спортивный стаж.

При лечении хронических травм и заболеваний опорно-двигательного аппарата у спортсменов хорошо себя зарекомендовали препараты для наружного применения, содержащие

нестероидные противовоспалительные препараты, такие как Фастум® гель («Берлин-Хеми Менарини»), который содержит кетопрофен и ряд вспомогательных ингредиентов, усиливающих эффект действующего вещества (ментол, масла нерола и лаванды). В настоящее время данное средство является одним из самых востребованных и широко известных препаратов для облегчения посттравматических болей при ушибах, растяжениях и вывихах. Фастум® гель применяется также в комплексном лечении люмбаго, пояснично-крестцового радикулита и остеохондроза с корешковым синдромом. Кетопрофен оказывает обезболивающее, противовоспалительное и противоотечное действие, обусловленное угнетением выработки простагландинов — веществ, вызывающих воспалительную реакцию и боль [3-5].

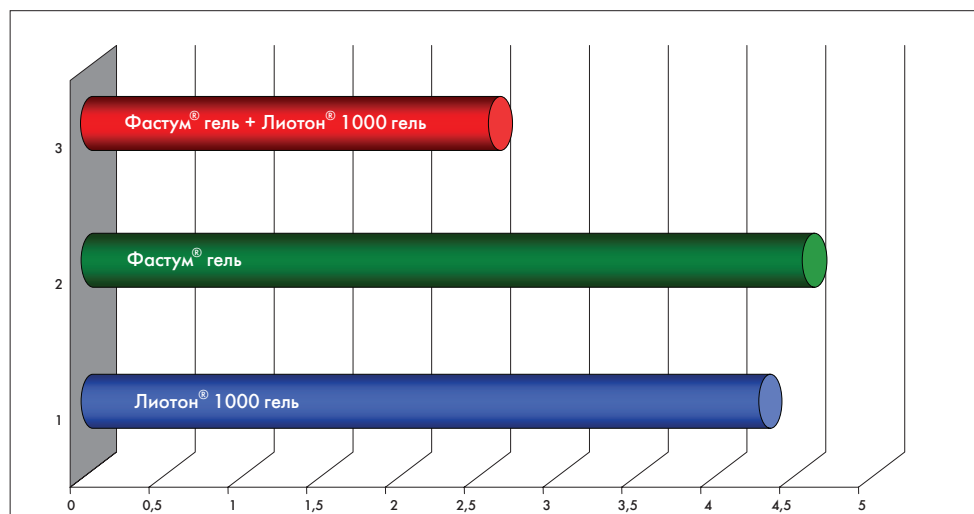


Рис. Длительность восстановления баскетболистов после травм коленного сустава при изолированном и комбинированном применении препаратов Фастум® гель и Лиотон® 1000 гель

Для специалистов в области спортивной медицины очевидно, что при лечении ушибов мягких тканей показанным является сочетание гелей и мазей противовоспалительного действия с гепаринсодержащими гелями и мазями. Гелевые препараты обеспечивают более высокое процентное содержание гепарина натрия в глубоких слоях дермы и субдермальном пространстве: при равнозначной концентрации гепарина в креме и геле через 2-3 ч после нанесения препарата на кожу концентрация гепарина в дерме составляет соответственно 1,75 и 2,9%. Эффективность препарата зависит также и от концентрации гепарина натрия, содержание которого колеблется от 200 ЕД/г (гепариновая мазь) до 1000 ЕД/г (Лиотон® 1000 гель, «Берлин-Хеми Менарини»). Данный факт обусловлен тем, что, помимо боли и припухлости, при ушибах мягких тканей клинически значимым является кровоизлияние. Затруднение венозного

оттока, нарушения сосудистой проницаемости приводят к нарушению микроциркуляции в зоне ушиба, что может служить причиной развития посттравматического тромбофлебита. Изолированное применение гепаринсодержащих препаратов способно привести к значительному уменьшению или исчезновению боли через 3-5 дней у 48,4% больных, а комбинированное применение Фастум® геля и Лиотон® 1000 геля — у 71,9% пациентов в те же сроки. Подобное действие продемонстрировано и для отека в области травмы [6, 7].

Не вызывает сомнений, что в этом отношении крайне актуальны топические медикаментозные формы гепарина, способные проникать в зону патологических изменений, в частности препарат Лиотон® 1000 гель. Как уже отмечалось выше, особенностью препарата Лиотон® 1000 гель является наибольшее содержание гепарина по сравнению с гепаринсодержащими мазями, а также оригинальная основа, обеспечивающая глубокое проникновение гепарина в ткани и создание терапевтической концентрации, которая достаточна для локального эффекта, но



О.Г. Юшковская

и соревновательном периоде годичного тренировочного цикла. В случае получения травм во время выполнения тренировочных и соревновательных нагрузок все спортсмены были разделены на три группы: в 1-й применялся изолированно препарат Фастум® гель (19 спортсменов), во 2-й — Лиотон® 1000 гель (21 баскетболист); в 3-й у 20 спортсменов использовались оба препарата. На фоне проводимой как изолированной, так и комбинированной терапии препаратами Фастум® гель и Лиотон® 1000 гель не отмечалось каких-либо побочных реакций. Травмированные спортсмены обращали внимание на снижение выраженности таких симптомов, как боль, отеки, утомляемость, тяжесть и судороги в икроножных мышцах. Важным аспектом также было удобство применения препаратов, которые после аппликации в течение нескольких минут полностью резорбируются.

Изолированное применение препаратов Фастум® гель и Лиотон® 1000 гель приводило к значительному уменьшению или исчезновению боли и отека через 4-5 дней, а их комбинированное применение сокращало этот период до 2-3 дней, что позволяло значительно раньше приступать к тренировочным занятиям (рис.).

Таким образом, комбинированное применение препаратов Фастум® гель и Лиотон® 1000 гель является эффективным способом лечения воспалительных и посттравматических повреждений опорно-двигательного аппарата у спортсменов. Локальная терапия обладает высокой безопасностью, а также может быть использована в процессе подготовки спортсменов.

Литература

- Левенец В.М., Лінко Я.В. Спортивна травматологія. — К. Олімпійська література, 2008. — 215 с.
- Спортивные травмы. Клиническая практика предупреждения и лечения. — К. Олимпийская литература, 2003. — 472 с.
- Чичасова Н.В., Насонов Е.Л., Имамединова Г.Р. Применение кетопрофена (Кетонала) в медицинской практике // Фарматека. — 2003. — № 5. — С. 30-32.
- Поворозюк В.В., Шермет О.Б., Красий В.В. Нестероидные противовоспалительные препараты в лечении заболеваний костно-мышечной системы у людей различного возраста // Здоров'я України. — 2006.
- Свінціцький А.С., Пузанова О.Г. Окремі клінічні аспекти застосування НПЗП. — 2004. — № 3. — С. 70-71.
- Страчунская Е.Я., Юрєва Ю.В. Клиническое обоснование применения кетопрофена в неврологии для купирования болевого синдрома // Фарматека. — 2003. — № 9. — С. 8-12.
- Силин Л.Л., Бровкин С.В. Применение гелей в комплексном лечении закрытых повреждений мягких тканей. — Медицинская помощь, №2. 2001.